Galvão, R.C.

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 10 de Outubro de 1903

PELO ALUMNO DO SEXTO ANNO

Ruffo Costa Galvão

(NATURAL DA BAHIA)

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

Doutor em Sciencias Medico-Cirurgicas

DISSERTAÇÃO

(2.ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA)

Signaes pseudo-cavitarios nas pneumonias grippaes

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

BAHIA

IMPRENSA ECONOMICA

16 — Rua Nova das Princezas — 16

1903

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

Ligeiras considerações

A GRIPPE, entidade morbida actualmente bem conhecida em sua marcha e em suas modalidades clinicas, entrou no dominio medico e ninguem ousará mais dizer com Broussais:

« La grippe est une invention des gens sans le sou et des medecins sans clients, qui n'ayant rien de mieux a faire, se sont amusés a creer ce tarfadet».

De todos os apparelhos acommettidos pela grippe, é sem contestação o apparelho respiratorio a maior victima. Todas as formas possiveis de desordens do lado dos pulmões, dos bronchios, da pleura têm sido descriptas. Pneumonias, pleuresias, bronchites, bronchites capillares, broncho-pneumonias, gangrenas pulmonares, têm sido encontradas. Depois da excellente these de Menetrier, sobre a grippe e a pneumonia, these em que elle estabelece a responsabilidade que cabe ao bacillo de Pfeiffer e ao pneumococcus de Talamon-Frænkel na producção da pneumonia grippal, muitos outros trabalhos têm

sido feitos sobre o mesmo assumpto; mas nenhum especialisa os signaes pseudo-cavitarios que se podem ver desenvolver no curso destas pneumonias grippaes, signaes para os quaes os auctores chamam a attenção, e de qne temos observado alguns casos.

Os signaes pseudo-cavitarios têm sido assignalados ha muito tempo nas pneumonias; Grisolle, cujo nome é inseparavel de um estudo sobre a pneumonia, faz referencias em sua obra de 1864.

Os signaes pseudo-cavitarios no curso das pneumonias lobares agudas podem algumas vezes, á primeira vista, fazer crer em cavernas; podem ainda mais facilmente induzir em erro quando se desenvolvem no curso de pneumonias grippaes de que o começo, as veses, insidioso, ás formas não francas, a temperatura irregular, a convalescença lenta, a asthenia post-grippal, os suores abundantes, a desnutrição rapida e o emmagrecimento lembram a tuberculose.

O conhecimento d'estes factos é extremamente importante, porque evita grandes erros de prognostico.

O nosso modesto trabalho será dividido em quatro partes.

Na primeira parte, lembraremos os signaes das cavernas; na segunda, os das hepatisações.

Na terceira parte, veremos quaes são as hepatisações em que pode se encontrar signaes pseudo-cavitarios. Finalmente na quarta, estudaremos os

symptomas e os meios sobre os ques pode-se geralmente apoiar para affirmar que se está em presença de uma pneumonia grippal e de signaes pseudo-cavitarios, e não de verdadeiras cavernas tuberculosas.

CAPITULO I

Signaes das cavernas

O professor Jaccoud deu o nome de *signaes cavitarios* ao conjuncto dos phenomenos de auscultação que revelam ao observador a existencia de uma cavidade no parenchyma pulmonar, qualquer que seja a origem da excavação. Os tres principaes signaes cavitarios, descobertos por Laennec são: a *respiração cavernosa*, o *gargarejo* e a *pectoriloquia*.

A estes signaes essenciaes, se têm ajuntado outros menos importantes, mas que apresentam, entretanto, um certo interesse e que nós estudaremos. Para perceber estes signaes pode-se recorrer á inspecção, á palpação, á percussão e á auscultação do thorax.

I — Inspecção

A inspecção do thorax permitte ás vezes de verificar, em caso de caverna do vertice, *uma depres ão sub-clavicular u ilateral*. Este abatimento do thorax pode ser devido a uma antiga caverna tuberculosa do pulmão que se terminou pela cicatrisação lenta

de suas paredes. A pressão atmospherica influe certamente na producção d'este abatimento. « Este symptoma não se produz, diz o Dr. Faisans, sinão na tisica chronica com marcha muito lenta, na qual os tuberculos são associados a lesões de pneumonia fibrinosa, que produzem ás vezes uma especie de enrugamento do lobo superior ao mesmo tempo que a pleuresia chronica secca que a acompanha termina pela formação de adherencias espessas e resistentes».

A inspecção permitte verificar a *immobilidade quase absoluta* das costellas superiores nos movimentos respiratorios e ao contrario as excursões respiratorias successivas nas partes inferiores do thorax. Nos tuberculosos, todas estas particularidades são tanto mais faceis de observar quanto os musculos trapesio e peitoraes têm soffrido um emmagrecimento notavel e ás vezes mesmo uma verdadeira atrophia, comparada por Desplat a musculos que se avisinham de uma articulação doente, e devida, ou a uma perturbação trophica reflexa, ou a verdadeiras nevrites como dizem Grancher e Hutinel, dada a frequencia das nevralgias intercostaes superiores nos tisicos.

II — Palpação

A palpação permitte de verificar, ao nivel das cavernas, um augmento das vibrações vocaes. Eis ahi uma lei geral que soffre pouca excepção e cujo conhecimento é de uma importancia capital para o diagnostico das cavernas com o pneumothorax onde o fremito

vocal é abolido. E' verdade que se póde verificar a abolição das vibrações vocaes nos casos em que uma caverna, por sua grandeza e a delgadeza de suas paredes, se approxima de um pneumothorax limitado. Alem disto, se pode sentir em certos pneumothorax a parede vibrar, ou porque adherencias parciaes do pulmão transmittem as vibrações a um lado todo do peito, ou porque as vibrações exageradas do lado são se transmittem ao lado doente. Mas estes dous casos são tão raros que se póde considerar como muito grande o valor d'este signal differencial entre as cavernas e o pneumothorax.

O augmento das vibrações thoracicas ao nivel das cavernas é devido á condensação do parenchyma pulmonar e á densidade das adherencias pleuraes em torno d'estas excavações.

III — Percussão

A percussão do thorax, no estado physiologico, *produz* sobre todos os pontos em que a parede está em relação immediata com o pulmão, um ruido que Piorry chamava de « som pulmonar ». Ao nivel das cavernas, ora o som de percussão é obscuro ou massiço; ora é exagerado, tympanico; ora é metallico ou amphorico; ora finalmente elle offerece os caracteres do ruido de *póte rachado*.

1°) MATIDEZ.—Observa-se uma matidez completa, quando adherencias pleuraes espessas cobrem o

pulmão ou quando a sclerose com anthracose formam um envolucro muito duro e muito largo em torno da excavação.

2°) SOM TYMPANICO. — Quando as condições precedentes faltam, a percussão da caverna fornece um *som normal* se a excavação é pequena e um *som tympanico* se ella tem dimensões sufficientes. Qualquer que seja a região em que se observe o som de percussão tympanico, este é sempre devido á presença de cavidades que contem ar ou tecido pulmonar em estado de relaxamento. Skoda e principalmente Wintrich estudaram com uma minucia especial as leis acusticas que regem o som tympanico obtido ao nivel das cavidades sub-jacentes.

E' n'estas condições sobretudo que verifica-se a relação incontestavel que existe entre o som de percussão tympanico e um tom musical; e, se em lugar de uma cavidade fechada de todos os lados, trata-se de um espaço communicando livremente com o exterior, a altura do som de percussão é desde então submettida aos principios admittidos para os tubos fechados em uma de suas extremidades.

Wintrich admiravelmente estudou o som cavernoso tympanico. «A tonalidade d'este som é facil de determinar e perceber-se pela audição. Este facto o approxima do tom musical e o distingue do ruido.

A tonalidade do som tympanico está na razão inversa da extensão da columna de ar (o som é tanto mais agudo quanto a columna de ar é mais curta)

e na razão directa do diametro da abertura (o som é tanto menos elevado para a mesma cavidade aberta quanto a abertura d'esta é menos larga).

Segundo Skoda, para que o som tympanico possa ser percebido, é necessario que a caverna tenha as dimensões de uma grande noz, a menos que não exista um conjuncto de muitas excavações de pequeno volume. Os signaes de percussão que revelam a existencia de uma caverna consistem essencialmente no que se chama mudança de som. Si este falta, o diagnostico não pode ser firmado, não se pode estabelecel-o sinão com os caracteres da expectoração. Ora, das causas mesmas da mudança de som, resulta que este não é muitas vezes sinão transitorio, de sorte que o diagnostico das cavernas fica frequentemente suspenso.

a) — O som tympanico cavitario é susceptivel de desapparecer completamente ou parcialmente e de reapparecer repetidas vezes, durante um mesmo dia. Sua desapparição é devida á repleção da caverna por secreções liquidas. O som tympanico reapparece quando uma abundante expectoração esvasia a caverna e que o conteudo liquido é substituido por um conteudo gazoso.

b) — Nas inspirações profundas, a altura do som tympanico se eleva; e abaixa durante a expiração. Esta modificação é devida á maior ou menor tensão das paredes da cavidade sob a influencia da inspiração ou da expiração.

c) — O som tympanico cavitario se eleva quando a bocca está aberta e se abaixa quando a bocca está fechada. Wintrich que estudou este signal, explica assim o phenomeno: « A bocca forma uma caixa de resonancia que reforça sobretudo os sons que se approximam o mais de sua tonalidade propria; ora, conforme ella esteja fechada ou aberta, é ajustada por sons differentes; aberta, ella se ajusta com os tons agudos; fechada, se ajusta como os tons graves ».

d) — Gerhard fez notar que o signal de Wintrich pode desapparecer ou reapparecer de accordo com a attitude do doente; o que se explica pela situação do orificio bronchico da caverna. Em certas attitudes o liquido da caverna fecha o orificio, e o signal de Wintrich não pode mais ser percebido. Para que a interrupção da variação de tonalidade de Wintrich possa se observar, é preciso que o liquido contido na caverna seja movel e não muito viscoso.

e) — Si se percute uma caverna sem ter em vista a abertura ou o fechamento da bocca, observa-se ás vezes que a altura do som iympanico varia segundo a attitude do doente.

3.º SOM AMPHORICO OU DE TIMBRE METALLICO. — O som amphorico ao nivel de uma caverna assemelha-se ao que se obtem percutindo uma bilha vasia. Segundo Wintrich, para que este som se produza, é preciso que o orificio da caverna seja mais estreito que o corpo d'esta cavidade; que a caverna seja

grande e que seu maior diametro attinja ao menos seis centimetros; que suas paredes sejam lisas, superficiaes e resistentes. Ao mesmo tempo que o som amphorico, pode-se perceber o *ruido de bronze* de Trousseau, como no pneumothorax.

4.º RUIDO DE POTE RACHADO.—Para produzir o ruido de pote rachado, descoberto por Laennec, é necessario uma percussão forte e brusca; é necessario ainda que o thorax esteja parado em expiração e que a bocca esteja aberta.

Cranchet faz notar que é mais facil observal-o se, antes de percutir, ordenar-se ao doente que faça duas ou tres grandes respirações.

O ruido de pote rachado é determinado pela sahida (saccadé) do ar contido na caverna atravez de um orificio bronchico retrahido.

Quando se percebe, ao nivel de uma caverna o ruido de pote rachado, este indica que esta é grande, cheia de ar, superficial e que communica com os bronchios por um orificio estreito. O ruido de pote rachado é tanto mais forte quanto o thorax é mais emmagrecido.

Os autores inglezes dão á este signal um prognostico desagradavel e o chamam «*ruido de moribundo*.» O ruido de pote rachado não é pathognomonico de uma caverna pulmonar. Pode ser encontrado no pneumothorax; pode acompanhar o Skodismo subclavicular da pleuresia ou da pneumonia. Nos individuos muito magros, pode-se obter n'uma zona

circumscripta do peito (espaço interscapular direito contra o rachis) o som tympanico bronchico sem lesões das vias respiratorias. Este som pôde acompanhar-se de modificações de matidez, symptoma que se apresenta ás mais das vezes n'estes casos sob as formas do « Som tracheal de Williams. »

Esta forma de som tympanico existe de ordinario limitado aos primeiros e segundos espaços intercostaes, as condições necessarias á sua producção se apresentam quando o parenchyma pulmonar está privado de ar, de sorte que o abalo provocado pela percussão propaga-se atravez do parenchyma solido até o grosso bronchio e provoca a vibração do ar que ahi se encontra.

IV — Auscultação

1°. AUSCULTAÇÃO DA RESPJRAÇÃO. — RESPIRAÇÃO CAVERNOSA. — Ao nivel de uma caverna, a auscultação faz ouvir a respiração cavernosa. Esta é uma variedade de respiração bronchica; é mais intensa em geral durante a inspiração.

Ella pode faltar, si a caverna está cheia de liquido, ou si o bronchio que ahi termina está obliterado por muco-pús e neste caso, é substituida pelo silencio respiratorio; mas é possivel fazel-a reapparecer mandando o doente tossir e expectorar. A tosse tem ainda a vantagem de exagerar o timbre ôco e um pouco metallico que é o caracter essencial da respiração cavernosa.

A respiração cavernosa póde faltar completamente. Quando a caverna é muito consideravel, que offerece um orificio estreito, paredes lisas, duras, seccas e superficiaes, a respiração cavernosa toma o caracter amphorico ou metallico como se observa no pneumothorax. Ella dá ao ouvido a sensação que se produz quando se sopra em um moringue vasio. A respiração amphorica se observa quando o som de percussão possue o caracter metallico.

2°: AUSCULTAÇÃO DA VOZ E DA TOSSE. — A voz, auscultada ao nivel de uma caverna, chega ao ouvido ora indistincta e confusa, ora claramente articulada.

No primeiro caso, o observador percebe um murmurio indistincto, mas muito forte, com timbre cavernoso; é a *bronchophonia cavernosa*. No segundo caso, parece que o doente falla distincta e directamente no ouvido do observador; é a *pectoriloquia* de Laennec, considerada pelos classicos como pathognomonica da caverna.

Hiriz contesta o valor deste signal.

Para que a pectoriloquia possa se produzir, é preciso que a cavidade seja muito grande e muito superficial, que suas paredes sejam lizas e densas, que ella contenha pouco liquido e que o ar possa ahi circular livremente.

Quando o doente falla em vóz baixa, se pode obter a *pectoriloquia aphona de Bacelli*. A pectoriloquia

aphona têm menos valor como signal cavitario do que a pectoriloquia simples.

O Professor Jaccoud encontrou a pectoriloquia aphona em um grande numero de excavações tuberculosas; mas encontrou o mesmo phenomeno em numerosos casos de *penumonias francas*, em *dous casos de induração tuberculosa dos vertices*, em *tres casos de pneumothorax parciaes*. O professor Grancher assignala a pectoriloquia aphona como sendo commum ua splenopneumonia. Bacelli fez da pectoriloquia aphona um signal exclusivo da pleuresia. Ainda mais, elle affirma que ella não existe sinão nos derramamentos serosos ou sero-fibrinosos. Gueneau de Mussy, depois de ter acceito a principio as conclusões de Bacelli, assignalou um certo numero de casos de pleuresias sero-fibrinosas onde a pectoriloquia aphona não existia, e outros casos de pleuresias purulentas em que ella era observada. O Professor Jaccoud verificou-a igualmente nos casos de pleuresias purulentas multiloculares e de pleuresias hemorrhagicas. As affecções pleuro-pulmonares em que a presença da pectoriloquia aphona tem sido observada, são as mais numerosas e as mais diversas. Não deve-se pois servir-se de um signal tão inconstante para diagnosticar somente por elle uma caverna.

A' voz cavernosa corresponde a *tosse cavernosa*. Ao nivel das cavernas a tosse é resonante; é ouvida com um timbre ôco particular; o ouvido percebe

como que uma sensação de rasgamento penivel ou mesmo doloroso.

Esta sensação é tal, diz Farsians, que sendo difficil de enganar pode-se dizer sem exagero, que a tosse cavernosa, quando é bem pronunciada, é o mais certo de todos os signaes cavitarios.

3.º AUSCULTAÇÃO DOS RUIDOS ANORMAES.— O estertor cavernoso acompanha ordinariamente a respiração cavernosa; é preciso algumas vezes para o perceber que o doente tussa ou respire fortemente. E' um estertor humido, com bolhas grossas, numerosas e desiguaes; ouve-se nos dous tempos da respiração, sendo mais forte na inspiração. Os caracteres deste estetor variam de accordo com a excavação, a grossura dos bronchios que ahi terminam, a repleção maior ou menor da caverna, a viscosidade ou a fluldez do liquido intra-cavitario. Quando é formado de bolhas muito grossas e numerosas, dá-se-lhe o nome de *gargarejo*. Tem-se tambem descripto um *estertor cavernuloso*, symptomatico de pequenas cavernas. Qualquer que seja sua séde, que é em geral no vertice, mas que pode ser encontrada em qualquer ponto, o estertor cavernoso como o sôpro traduz quase sempre a existencia de uma cavidade; mas nada indicando sobre a especie da cavidade de que trata-se. Esta parte do diagnostico não pode ser estabelecida sinão sobre condições estranhas á exploração physica do individuo. O estertor cavernoso pode tomar o caracter *amphorico ou metallico*. Elle

coincide com o timbre metallico do som de percussão e da respiração cavernosa.

Baas descreveu, como signal indicativo da presença de cavernas um ruido especial ao qual elle deu o nome de estertor *post-expiratorio*.

E' um ruido que caracterisa-se do modo seguinte: « Uma primeira serie de estertores expiratorios tendo se dissipado, produz-se uma pausa muito clara ainda que muito curta, depois da qual apparece uma segunda serie de estertores expiratorios, absolutamente distincta tambem, dos estertores inspiratorios que lhes succedem». Baas admitte que o estertor *post-expiratorio* indica a existencia das cavernas multiloculares de que alguns septos se achem passageiramente obstruidos por secreções. Esta obstrucção não cessa sinão no fim da expiração, por uma especie de acção retroactiva deste tempo respiratorio.

Mas Guttman observou o estertor post-expiratorio ao nivel de vastas cavernas uniloculares cheias de abundantes secreções; suppõe elle que o liquido não volta immediatamente ao repouso e que algumas bolhas quebram ainda depois da exspiração.

Para o Professor Jaccoud, a existencia de uma caverna não pode ser affirmada sinão nos dous casos seguintes:

1.° Reunião sobre um ponto limitado dos signaes que elle chama *cavitarios*, a saber: sopro cavernoso, voz cavernosa ou pectoriloquia e gargarejo pela voz ou pela tosse. D'estes tres signaes, o gargarejo é o

menos enganador, porque os dous outros podem ser produzidos pela simples condensação pleuretica, pneumonica ou tuberculosa de um lóbo ou de um pulmão.

2.º Presença em um ponto limitado de sôpro e de voz amphorica com ou sem tinido metallico. Tal é o conjuncto dos signaes physicos que revelam a existencia de uma cavidade no parenchyma pulmonar

CAPITULO II

Signaes das hepatisações

Como para as cavernas pulmonares, descreveremos os signaes fornecidos pela inspecção, palpação, percussão e auscultação.

I — Inspecção thoracica

Na maioria dos individuos acommettidos de pneumonia, nada se nota na configuração do peito. Os lados do thorax, se não eram deformados anteriormente, ficam perfeitamente symetricos e qualquer que seja a séde da molestia, elles se dilatam igualmente durante a inspiração.

Entretanto, em muitos doentes nos quaes a dôr pleuretica era excessivamente viva, Grisolle diz que lhe parecia que o lado affectado dilatava-se menos completamente que o lado são. Mas esta differença que era ligeira, cessava de ser notada desde que a dôr tornava-se menos intensa.

Broussais, ao contrario, não duvidava que um

pulmão inflammado em sua totalidade, pudesse dilatar o lado correspondente do peito.

Laennec, que, depois de haver examinado as dimensões do thorax nos pneumonicos, tanto no vivo como no cadaver, e nunca ter podido perceber o menor grão de dilatação no lado affectado, combateu a opinião de Broussais.

A ampliação do thorax pelo facto de uma pneumonia simples é pois um caso excepcional. Woillez só verificou um caso em 23 pneumonicos.

Entretanto, pode-se ver ás vezes uma dilatação parcial ou mesmo total do thorax nesses doentes.

Grisolle vio, no curso de pneumonias, ligeiras curvas que se estendiam da primeira costella ao mamillo, depois as fossas super e infra-claviculares desapparecerem para reapparecerem ao mesmo tempo que os signaes stethoscopicos indicavam que a pneumonia caminhava para a resolução.

Fearnsid citou igualmente dous casos de pneumonias que produziram uma depressão notavel da região super-clavicular; e, como prova da expansão soffrida pelo pulmão, encontrou-se pela autopsia dos cadaveres, sulcos profundos cavados pelas costellas superiores sobre a superficie do pulmão (Grisolle, a pneumonia.)

Pode-se pois dizer que a inspecção do thorax nenhuma utilidade tem no diagnostico das hepatisações.

II — Palpação

A mão applicada sobre a parede thoracica de um pneumonico percebe geralmente um augmento das vibrações do lado doente.

Laennec conhecia a existencia deste signal physico, mas não lhe attribuia sinão uma mediocre importancia no diagnostico das hepatisações.

As modificações do fremito vocal marcham parallelamente com as do som. As vibrações são exageradas sobre toda a extensão do fóco de hepatisação, mas este exagero tão accentuado no centro do fóco torna-se menos manifesto á medida que se explóra pontos mais approximados da peripheria. Finalmente em certas fórmas de pneumonias, as vibrações vocaes, em lugar de serem augmentadas, são diminuidas ou mesmo nullas. Esta diminuição ou abolição das vibrações thoracicas pode se ver nos casos de pleuropneumonias. Não é raro que a pneumonia quando é superficial, se complique de derramamento pleuretico. Este é em geral pouco abundante, mas, por causa da incompressibilidade do pulmão hepatisado, elle estende-se na superficie deste orgão sob a fórma de lamina mais ou menos espessa. Este derramamento, sufficiente para abolir em parte ou totalmente as vibrações vocaes, não se oppõe entretanto a que o ouvido perceba, com algumas modificações, os signaes da hepatisação.

O professor Grancher demonstrou, nestes ultimos annos, que a pneumonia só, sem intervenção de um derramamento pleuretico, é capaz, em certas circumstancias, de produzir uma diminuição ou uma abolição das vibrações vocaes. As vibrações vocaes são diminuidas na spleno-pneumonia, e abolidas na pneumonia massiça.

Vê-se pois que o augmento das vibrações vocaes nas hepatisações não existe sempre, e, para que o diagnostieo seja bem firmado, é necessario que este signal seja acompanhado pelos fornecidos pela percussão e auscultação.

III — Percussão

A percussão fornece ao diagnostico da pneumonia signaes importantes. A pneumonia fibrinosa, transformando rapidamente o parenchyma pulmonar em um tecido compacto e quasi completamente privado de ar, revela-se á percussão por uma matidez tanto mais forte quanto a infiltração é mais completa.

Se a pneumonia é central ou afastada da superficie, pode acontecer que a percussão nada revele como os outros methodos de exploração, e sejamos levados a fazer o diagnostico de accordo com os symptomas funccionaes.

Mas é raro que a pneumonia conserve-se central por mais de um dia ou dous, desde que attinja ás camadas superficiaes do pulmão, se revela pelo

conjuncto de seus signaes physicos, e entre estes figura a diminuição do som e a falta de elasticidade da parede thoracica sob o dedo que percute.

Entre estes dous periodos de pneumonia profunda e occulta e de pneumonia superficial e exploravel, seria possivel, segundo o professor Jaccoud, verificar um signal interessante de percussão: *tympanismo com abaixamento da tonalidade.*

«De accordo com minhas observações, diz o professor Jaccoud, o som tympanico é constante e pode persistir de 24 a 30 horas, quando a pneumonia, sendo proxima da superficie é separada por uma camada de tecido são; nestas condições que são frequentes no começo, a palpação e a auscultação podem ser obscuras e o tympanismo limitado é o primeiro signal, o unico signal revelador de exsudação.

A sub-matidez que caracterisa o periodo de engorgitamento da pneumonia confirmada e a matidez que coincide com o periodo da hepatisação offerecem todos dous a particularidade de apresentar seu maximo no centro do fóco morbido e de diminuir á proporção que se approxima da peripheria. E' raro que na pneumonia, a matidez seja absoluta « *tanquam percussi femoris* »; entretanto, em certas formas, na pneumonia massiça principalmente, o som é completamente abolido, como se tratasse-se de derramamento pleuretico o mais abundante. A pneumonia lobular, quando é disseminada, dá lugar á sub-matidez ou á

matidez ao nivel de cada um de seus fócos, quando têm existencia real. « Ha casos em que não é, diz Grisolle, a natureza do som mais ou menos claro, que nos deve preoccupar; é necessario considerar principalmente a sensação que se experimenta na extremidade dos dedos que percutem.

Si, de facto, em um individuo musculoso, percute-se o thorax ao nivel das fossas sub e super espinhosas, não se obterá pela escuta sinão um som obscuro ou mesmo quasi massiço; entretanto, n'estes casos, se o parenchyma pulmonar está intacto, os dedos experimentarão uma sensação toda particular de elasticidade, emquanto que si o pulmão é a séde n'este ponto de uma alteração que tornou seu tecido menos flexivel, ter-se-ha a sensação de resistencia proporcionada ao gráo de impermeabilidade do orgão.

Para mim, diz Grisolle, todas as vezes que percuto um peito, presto mais attenção a esta sensação da elasticidade ou de resistencia do que ao som que obtenho. Frequentemente, na pneumonia do vertice quando a alteração reside ao nivel da fossa sob-espinhosa, succede que percutindo-se com o maior cuidado e comparativamente dos dous lados, o ouvido não póde colher nenhum som, emquanto que os dedos sentem da maneira a mais clara, do lado são uma elasticidade perfeita, do lado doente uma sensação maior ou menor de resistencia (Grisolle La pneumonie).

Taes são os signaes fornecidos pela percussão ao

nivel da hepatisação, signaes estes que se notão ainda em pontos outros mais afastados da lesão.

E' assim, que não é raro nas pneumonias simples sem complicações de derramamento pleuretico, observar-se sob a clavicula do lado correspondente e até á terceira ou quarta costella, este *ruido tympanico* particularmente estudado por Skoda na pleuresia. Woillez provou que este ruido podia preceder os outros signaes physicos da pneumonia.

Pode-se verifical-o, ainda que menos frequentemente na parte posterior do thorax como sob a clavicula.

Tem se pretendido explicar este *skodismo* pela complicação de um pneumothorax sobrevindo no curso da molestia—(pneumothorax dos pneumonicos).

Muitos com Skoda, explicam este tympanismo, dizendo que o lóbo superior do pulmão recalcado e comprimido para cima, quer por um derramamento, quer pela tumescencia do lobo inferior, dá o som tympanico qne traduz todo pulmão que está em parte atelectasiado.

IV — Auscultação

1°. AUSCULTAÇÃO DA RESPIRAÇÃO. — Quando por causa de certas alterações pathologicas, o pulmão torna-se em totalidade ou em uma de suas partes impermeavel ao ar, como succede nas hepatisações, resultam dous factos: em primeiro lugar, o murmu-

rio vesicular desapparece pela impossibilidade da entrada do ar nos alveolos; em segundo lugar, o tecido pulmonar mais compacto e mais denso torna-se melhor conductor do som, e, em lugar de abafar os ruidos que se passam nas vias respiratorias superiores, elle os transmitte, mais ou menos modificados, ao ouvido do observador que percebe então um sôpro. (Faisans).

Na pneumonia lobar, o sôpro tubario apresenta-se desde o começo do periodo de hepatisação, depois de ter sido precedido durante dous dias pouco mais ou menos pelos estertores crepitantes do periodo de engorgitamento.

Elle apparece no centro mesmo do fóco dos extertores, e á medida que este fóco occupa uma extensão mais consideravel, elle parece afastar os estertores e os recalcar para a pheripheria. Quando a pneumonia se estabelece e que o fóco está completamente hepatisado, os estertores desapparecem e o sôpro tubario é durante alguns dias, o unico signal stethoscopico que se percebe.

Muito fraco no começo, o sôpro tubario da pneumonia, torna-se facilmente intenso e occupa a principio os dous tempos da respiração; mas quando está bem constituido, é mais forte durante a inspiração. Todos estes caracteres mostram-se sobretudo pronunciados no centro do fóco da pneumonia, e coincidem com uma matidez quasi absoluta e com vibrações vocaes exageradas.

2°. AUSCULTAÇÃO DA VOZ E DA TOSSE. — A respiração bronchica, ou sôpro tubario, não é o unico phenomeno que produz-se nos pontos dos pulmões que estão hepatisados.

Se realmente, diz Grisolle, emquanto o ouvido está applicado ao nivel das partes endurecidas, faz-se os doentes fallarem, distingue-se então um tinido da voz cuja intensidade está, como a da respiração tubaria, em relação com o grau e com a extensão da hepatisação (Grisolle — op. cit).

Laennec deu a este phenomeno o nome de *bronchophonia*. Quando a hepatisação complica-se de derramamento pleural ou quando trata-se de splenopneumonia, a bronchophonia pode complicar-se de egophonia; tem-se então a broncho-egophonia.

Finalmente nas hepatisações, a auscultação da vóz *cochichada* faz muitas vezes se ouvir a *pectoriloquia aphona*, a qual encontra-se, diz o professor Potain, cada vez que ouve-se um sôpro, o processo de Bacelli não sendo sinão um meio de tornar o sôpro mais manifesto.

A' bronchophonia corresponde a vóz ressoante, bronchica ou tubaria.

3.° AUSCULTAÇÃO DOS RUIDOS ANORMAES. — Quasi todos os auctores que, depois de Laennec, têm escripto sobre a pneumonia, indicam o estertor crepitante como sendo o phenomeno inicial. Entretanio, Stokes affirma que uma respiração pueril precede a

crepitação durante uma ou muitas horas. Grisolle nunca verificou a respiração pueril como symptoma inicial, como signal precursor da crepitação. No primeiro dia da pneumonia fibrinosa, pode-se ouvir estertores sonoros que provam a participação dos bronchios no processo inflammatorio. Mas no periodo de engorgitamento pulmonar, primeiro gráo da pneumonia, é o estertor crepitante que constitue o signal caracteristico, o primeiro phenomeno que se verifica na quasi totalidade dos casos; de concomitancia com a matidez e o exagero das vibrações vocaes. Depois de um ou dous dias de existencia, o estertor crepitante desapparece para ser substituido pelo sôpro tubario; caso não se nóte mais no centro do fóco, se o encontra sobre varios pontos de sua peripheria, e só no quarto ou quinto dia deixa de ser percebido.

Reapparece ordinariamente no oitavo dia, indicando o começo da resolução, tornando-se mais extenso e mais brando; e desiguaes os ruidos que o compõem, — é o que se denomina *estertor crepitante de retorno* — crepitans redux.

Este estertor existe nos dous tempos da respiração e não se o distingue mais do estertor subcrepitante.

Mesmo com estes caracteres typicos, o estertor crepitante não é, como se diz frequentemente, pathognomonico da pneumonia; é um dos signaes frequentes da *hyperhemia pulmonar*, não só em sua

formação primtiva (congestão pulmonar, molestia de Woillez) como em suas fórmas secundarias (congestões activas peri-tuberculosas, congestão consecutiva á thoracentese, congestões das mulheres gravidas) (Faisans).

O estertor sub-crepitante póde tanto indicar a passagem do pulmão á hepatisação cinzenta, como um começo de resolução; não poder-se-ha destinguir estas duas terminações tão differentes da pneumonia, senão pelo estado geral do doente e pelos caracteres da expectoração.

CAPITULO III

Presença dos signaes pseudo-cavitarios nas hepatisações

Pode-se observar no curso de certas pneumonias a presença dos signaes pseudo-cavitarios, com ausencia total de excavação pulmonar.

OBSERVAÇÃO 1.ª (PESSOAL)

Pneumonia grippal esquerda. — Signaes pseudo-cavitarios. — Cura

M. C., com 42 annos, cosinheira, parda, entrou para o Hospital Santa Izabel a occupar o leito n. 11 da Enfermaria *Sant'Anna* aos cuidados clinicos do Dr. Francisco Braulio Pereira, a 2 de Maio de 1903.

Antecedentes hereditarios. — Paes mortos sem que ella os tivesse conhecido. A doente disse possuir dous irmãos em perfeito estado de saude.

Antecedentes pessoaes. — Os antecedentes pessoaes eram bons. Quando creança teve sarampão sem complicações. Regrada na idade de 14 annos, a menstruação foi sempre muito regular e cessou pouco mais ou menos ha dous mezes. Não é casada e tem dous filhos, os quaes gosam bôa saude. Seus partos

foram a termo e normaes, nada lhe sobrevindo depois dos mesmos. Ha 3 ou 4 annos, sente-se um pouco fatigada quando tem occasião de caminhar mais apressada ou mesmo de subir a menor escada. Disse ter sido acommettida de alguns defluxos passageiros. Em Julho de 1902, foi atacada de uma bronchite simples da qual curou-se no fim de oito dias. Em 29 de Abril de 1903, sentindo-se alquebrada, tossindo um pouco, tendo dores de cabeça, apresentando em summa os symptomas de uma grippe ligeira, recolheu-se ao Hospital, por faltarem-lhe os recursos necessarios para o tratamento. Não tinha corysa nem pharyngite, o appetite e o somno eram regulares. Em 4 de Maio, accusou uma pontada do lado na região mamillar esquerda, acompanhada de forte dor de cabeça.

Não teve um calefrio unico como se observa habitualmente na pneumonia franca, mas uma serie de frios que durou toda a noite. Desde este momento teve vontade de vomitar, fóra dos accessos de tosse que tornaram-se frequentes.

Toda a noite, muito agitada, não dormio. A pontada do lado tornou-se violenta, os vomitos e a cephalalgia continuaram. Dyspnéa fórte e accessos de tosse violentos se manifestaram.

Deitava constantemente escarros viscosos, de côr amarella clara. Expellio apenas dous escarros côr de telha, que podemos observar. Durante toda a semana as urinas foram raras, muito escuras. Por

occasião da tosse, tinha emissões involuntarias de urina. Tinha 45 respirações por minuto, pulso a 134, temperatura de 39°, 2. No dia seguinte a columna thermometrica attingiu a 40°,5. A doente apresentava o facies alterado, grippado, lingua secca etc. A forma do peito era normal, as fossas super e infra-claviculares eram bem pronunciadas.

Não havia deformação thoracica. A percussão era dolorosa em todo o lado esquerdo do peito, anterior e posteriormente, a matidez era completa nos dous terços inferiores. A elasticidade da parede thoracica esquerda era maior do que a da direita.

A doente fallando muito baixo, as vibrações thoracicas eram imperceptiveis á direita; á esquerda se as sentia claramente. Pela auscultação ouvia-se a *esquerda e anteriormente*, sob a clavicula, um sôpro longinquo e estertores crepitantes. Fazendo-se a doente tossir, ouviam-se alguns estertores sub-crepitantes finos. Ao nivel do mamillo o sôpro era mais claro, ouviam-se estertores crepitantes; ao nivel da axilla esquerda, o sôpro era reforçado; estertores crepitantes e sub-crepitantes finos. A' *esquerda e posteriormente*, na fossa super-espinhosa, ouviam-se estertores crepitantes e sub-crepitantes finos; na fossa infra-espinhosa, sopro cavernoso. Na parte inferior do pulmão, o sopro era tubario e os estertores crepitantes. Ordenando-se á doente que tossisse e cantasse em voz alta, observava-se a bronchophonia em todo o pulmão esquerdo. Fazendo-se a doente

contar em voz baixa, observava-se claramente a pectoriloquia aphona na região em que o sopro tinha o timbre cavernoso.

A auscultação do pulmão direito revelava vestigios de bronchite antiga; no vertice, uma expiração prolongada. O coração era normal e os ruidos normaes. Do lado do apparelho gastro-intestinal, lingua saburrosa, os vomitos haviam cessado não havia constipação. As urinas não continham albumina, e continuavam escuras porem abundantes, No dia 7, temperatura manhã 39,°2, pulso 110, respiração 32. Tarde — temp. 38,°5, pulso 120 — respiração 34.

Em 11 de Maio, nossa doente dormio um pouco a cephalalgia havia diminuido consideravelmente. O exame do thorax revelou o seguinte na parte anterior e esquerda: sob a clavicula, pela percussão, diminuição da sonoridade, elevação da tonalidade; na parte inferior do pulmão, sub-matidez pronunciada. Vibrações thoracicas exageradas á esquerda, normaes á direita. A parede thoracica era sempre sensivel á pressão, sendo a percussão dolorosa. *Auscultação anteriormente*; á direita, murmurio vesicular rude, pueril, tendo os caracteres de uma espiração supplementar. Expiração rude com alguns estertores sibilantes. *A esquerda*: acima da clavicula, o murmurio vesicular era substituido por um sôpro que apresentava os caracteres de sôpro cavernoso. Na parte inferior, para o mamillo, este sôpro era menos claro; immediatamente abaixo da clavicula, ouviam-se

grossos estertores bolhosos com timbre ôco tendo todos os caracteres de estertores cavernosos. Eis pois signaes pseudo-cavitarios que vimos se formarem no decorrer de alguns dias.

Exame do thorax, posteriormente; *á esquerda*: a percussão revelava matidez na parte inferior do pulmão, *á direita*: sonoridade normal; vibrações exageradas á esquerda, e normaes á direita.

A auscultação, *á direita*, revelava uma respiração normal na metade superior do pulmão. Estertores numerosos e finos eram ouvidos nos dous tempos da respiração na metade inferior.

A' *esquerda;* a auscultação na fossa super-espinhosa, fazia ouvir um murmurio vesicular normal, ouviam-se simplesmente alguns estertores sub-crepitantes finos, e principalmente a propagação do sôpro subjacente. Na fossa infra-espinhosa, a sub-matidez acompanhava-se principalmente na metade externa da região, de um sôpro cavernoso, quasi amphorico, e de grossos estertores mucosos com timbre ôco que tinha todos os caracteres de estertores cavernosos. A auscultação da voz dava a pectoriloquia aphona.

Abaixo d'esta região e até a base do pulmão esquerdo, estertores crepitantes.

Dia 12.— Temperatura: manhã 38,1 pulso 106, respiração 37. Tarde, temperatura 37°,7, pulso 100, respiração 37.

Dia 14 — Anteriormente, cessação completa dos

phenomenos cavitarios que existiam do lado esquerdo. Temperatura, manhã 37°,2, pulso 84, respiração 39—

Tarde — temp. 38°, pulso 100, respiração 40.

Dia 15. — A' esquerda e anteriormente, não persistiam senão estertores com grossas bolhas sob a clavicula. Posteriormente, parecia que os phenomenos pseudo-cavitarios achavam-se localisados e limitados á parte externa da região da omoplata. Não encontrava-se mais o *timbre verdadeiramente cavitario* senão em um espaço limitado, do mesmo modo que a pectoriloquia aphona.

A pectoriloquia persistia, entretanto, na região da espadua até dous ou tres dedos abaixo da espinha da omoplata; na parte inferior o sôpro tubario diminuio.

Temperatura — manhã 37°. pulso 80 — resp. 32; tarde 37°,7, pulso 86 — resp. 34.

Dia 16 — Temperatura — manhã 37°,5, pulso 80, respiração 37. — Tarde — temp. 37°,3 — pulso 80, resp. 40.

Dia 17. — Nada de novo — Temperatura, manhã 36°,5 — tarde — 36°,9.

Dia 18 — Posteriormente, a zona pseudo-cavernosa achava-se muito retrahida; nos dous terços inferiores do pulmão, havia diminuição do sopro tubario. Estertores crepitantes de retorno n'esta altura, quando se fazia a doente tossir.

Anteriormente, sob a clavicula, em ponto muito

limitado, notavam-se estertores humidos. Temperatura — Manhã, 36,°9, Tarde 36,°8.

Dias 19 e 20. — Nada de novo, a não ser a hypothermia continua desde o dia 17.

Dia 21. — Temp. — Manhã, 36,°1 — Tarde, 36,°9.

Dia 22. — Temp. — Manhã, 36,°1 — Tarde, 36,°7.

Dia 23. — Os signaes pseudo-cavitarios, persistiam na parte posterior com todos os seus caracteres, a ponto de suspeitar-se de uma tuberculose. O estado geral da doente continuava máo, tinha suores abundantes, á noite principalmente; estado asthenico consideravel. O exame bacteriologico foi feito em 14 de Maio e demonstrou nos escarros c pneumococcus de Talamon associado ao bacillo de Pfeiffer em grande quantidade, não se encontrando o bacillo de Kock. Isto veio confirmar o diagnostico que já haviamos feito, isto é, de pneumonia grippal com falsos signaes cavitarios.

Dia 24. — Não se encontrava mais sôpro tubario na base nem na parte media do pulmão. Muitos estertores crepitantes de retôrno. Nao havia mais signaes de hepatisação, salvo pela percussão, uma sub-matidez occupando toda a parte superior, mas com tendencia á sonoridade normal. Nesta parte, a respiração tinha seu timbre normal, um pouco mais forte e com uma tonalidade ligeiramente sibilante No hemithorax superior, as vibrações thoracicas eram normaes.

Os signaes cavitarios persistiam completamente na região media da omoplata.

A direita e posteriormente, a respiração era forte, ainda supplementar. Na base, alguns estertores mucosos, perceptiveis somente por occasião da tosse.

Anteriormente e á esquerda; na região sub-clavicular, sonoridade normal assim como as vibrações thoracicas; alguns estertores mucosos disseminados.

A temperatura manteve-se sempre abaixo de 37°, com remissão a 36° — 36°,2 — 36°,5 pela manhã. Os suores nocturnos que apresentava a doente durante alguns dias, diminuiram consideravelmente.

Dia 28 — A doente tossia muito e queixava-se fortemente da pontada do lado, a qual não cessou totalmente desde o começo da molestia, apesar da revulsão local. A dyspnéa diminuio; escarros abundantes claros; a tosse era pertinaz, quasi coqueluchoide. Pela auscultação, estertores mucosos disseminados na parte anterior. A sonoridade era normal ou antes ligeiramente attenuada em relação ao lado direito.

Posteriormente: a sub-matidez tendia para a sonoridade; todavia os signaes pseudo-cavitarios persistiam sempre na região escapular media.

Dia 1.° de Junho. — Tosse *quintosa*, fatigante, secca, forte, terminando por uma expectoração viscosa e espumosa; mas os escarros nunca foram nummulares.

O estado geral era um pouco melhor; o somno mais tranquillo.

Durante a convalescença a doente teve uma hypothermia continua. A temperatura maxima foi de 37°. Os signaes pseudo-cavitarios duraram até 10 de Junho; estavam localisados na região escapular media.

Ao retirar-se do Hospital, a doente tinha o estado geral satisfactorio. O orgão respiratorio voltou *ad integrum* e a auscultação no ponto onde se encontravam os signaes pseudo-cavitarios não revelava mais nenhum signal de inflammação.

OBSERVAÇÃO 2ª. (PESSOAL)

Pneumonia grippal direita — morte

Enfermaria *São Vicente*, leito n. 12, serviço clinico do Dr. Francisco Braulio Pereira. *M. J. S*, com 35 annos de idade, natural da Bahia, casado, côr parda, profissão padeiro.

Antecedentes hereditarios. — O doente disse possuir ainda mãe e com bôa saude; pae morto em consequencia de lesão cardiaca; não ter irmãos.

Antecedentes pessoaes.—Como antecedentes pathologicos nada encontramos que nos prendesse a attenção.

Historia da molestia. — Desde 24 de Maio de 1903, o

nosso doente sentia-se fatigado, tinha rachialgia, corysa e cephaléa. Continuou seu trabalho de padeiro, até que a 25 do mesmo mez, foi acommettido, depois de um resfriamento, de uma violenta pontada do lado na região mamillar direita e de um frio intenso que duraram toda a noite. No dia seguinte, ainda tentou trabalhar, mas depois de uma hora de lucta, foi forçado a occupar o leito. Chegou ao Hospital a 28 de Maio, no terceiro dia de sua molestia.

A dyspnéa muito intensa, a pontada do lado muito violenta e o frio foram os unicos signaes do começo.

Não teve vomitos. Quando vimos o doente a 28, por occasião de sua entrada no Hospital, o encontramos com uma temperatura de 39°,5, o pulso a 100, e 40 respirações por minuto. O nosso diagnostico foi firmado de pneumonia grippal, visto a frequencia desta affecção n'aquella epocha. A forma do peito era normal. As fossas super e infra-claviculares eram pronunciadas; nos dous terços inferiores do lado direito, anterior e posteriormente, a matidez era completa. Vibrações thoracicas exageradas á direita. Pela auscultação, nos dous terços inferiores do pulmão, anterior e posteriormente, sôpro tubario muito claro; estertores crepitantes na altura do fóco pneumonico; a bronchophonia era clara do lado direito.

A esquerda, apenas notavam-se alguns estertores

sibilantes. Os escarros eram abundantes, côr de ferrugem.

Dia 29. — Os signaes estethoscopicos eram os mesmos. Escarros abundantes, muco-purulentos. Temperatura: manhã 40°,1, pulso 110, respiração 44.

Dia 30. — Nenhuma modificação na zona pneumonica; alguns estertores sob a clavicula direita.

Estado geral mao. A molestia tomou a fórma adynamica. Temperatura: manhã 40,3, pulso 116, respiração 50.

Dia 31. — A temperatura baixou a 39°,8; dyspnéa intensa, 50 respirações por minuto. O doente não dormio. Percutindo sob a clavicula direita, encontrava-se, em uma zona de seis a oito centimetros quadrados, uma sonoridade intensa, sonoridade de estomago distendido, com tonalidade e timbre muito elevados. A percussão dava ao dedo uma sensação de elasticidade particular.

Abaixo desta zona tympanica, a zona massiça dos dous dias precedentes persistia. As vibrações eram exageradas em todo o lado direito, mesmo sob a clavicula onde o som era tympanico. A auscultação, sob a clavicula direita, revelava um sôpro cavernoso, estertores mucosos com timbre cavernoso e a pectoriloquia. Abaixo destes signaes cavitarios e posteriormente, nos dous terços inferiores, a auscultação era a mesma que nos dias precedentes. O sôpro era muito rude na cavidade axillar.

Na fossa infra-espinhosa direita, ouvia-se a

propagação do sôpro cavernoso sub-jacente. Temperatura; 39°,9, pulso 125, respiração 50.

Dia 1.° de Junho. — O doente achava-se em um estado adynamico e asphyxico muito pronunciados. A temperatura era de 39°,8, pulso 135, respiração 55.

Pela percussão, a zona do dia anterior era submassiça, tornando-se pouco sonora por uma percussão fórte.

Abaixo, matidez absoluta, hydrica.

Pela auscultação, percebia-se sempre sob a clavicula, o sôpro cavernoso, mesmo amphorico, esterctores cavernosos e a pectoriloquia aphona.

Abaixo, anteriormente e em todo o lado, muitos estertores de todo o calibre mascaravam o sôpro.

Posteriormente, sôpro rude ao nivel da ponta da omoplata. O doente falleceu na noite de 1°. de Junho; por ter sido o cadaver retirado na manhã seguinte cêdo, não nos foi possivel praticar a autopsia como era do nosso dever, não só como interno que eramos da segunda cadeira de clinica medica, como para justificarmos mais a nossa observação.

Em presença de signaes pseudo-cavitarios no curso de uma pneumonia, o que se pode suppor sob o ponto de vista de diagnose?

E' uma pneumonia grippal, ou uma pneumonia franca lobar aguda, uma tuberculose aguda com forma pneumonica?

E' uma pneumonia complicada de adenopathia tracheo-bronchica, de abcesso meta-pneumonico?

E' uma pleuresia inter-lobar meta-pneumonica ou uma gangrena do pulmão no curso de uma pneumonia ?

E' um pneumothorax sobrevindo em um pneumonico ?

Taes são, a nosso vêr, as diversas especies e as differentes complicações das pneumonias nas quaes se pode observar a producção dos signaes pseudo-cavitarios.

1°. E' UMA PNEUMONIA GRIPPAL ? — No curso das epidemias de grippe, as pneumonias que sobrevêm nos individuos já grippados, podem se comportar, como a pneumonia franca lobar aguda; mas na maioria dos casos, ellas tem um começo insidioso e sua forma é outra.

A pontada do lado é muito intensa geralmente; o frio unico, caracteristico da pneumonia aguda, franca, é substituido por uma serie de pequenos calefrios. A tosse é ordinariamente fórte, frequente e secca no começo acompanhada de dores na região diaphragmatica. A expectoração é mucosa, meio transparente, muitas vezes purulenta. Inversamente, na pneumonia franca, a tosse humida desde o começo, é pequena e fraca; o doente a retém o mais que pode por causa da pontada do lado que ella exaspera. O exsudato muco-fibrinoso e o escarro côr de ferrugem são caracteristicos. A inflammação catharral tão frequente na grippe, modifica de algum modo os caracteres da pneumonia. A adenopathia tracheo-bronchica é frequente. Os signaes pseudo-cavitarios podem ser encontrados nas pneumonias grippaes como

nas pneumonias francas lobares agudas; mas nas primeiras, elles são mais precoces e duram mais tempo. São encontrados principalmente nos vertices e acompanham a convalescença que é lenta, com asthenia, suores, emmagrecimento, e podem muitas vezes levar o medico a firmar um prognostico fatal por sua semelhança com a tuberculose aguda.

Estudaremos no capitulo quarto de nossa these, os meios que permittem geralmente fazer-se o diagnostico entre a pneumonia grippal com os signaes pseudo-cavitarios e as verdadeiras cavernas tuberculosas.

2.° PNEUMONIA FRANCA LOBAR AGUDA. — Na pneumonia franca, os signaes pseudo-cavitarios são raros e pertencem ao periodo terminal da affecção. Apparecem desde que o exsudato começa a se liquefazer. O sopro tubario do começo do periodo congestivo parece nestas circumstancias adquirir maior intensidade: parece tambem se amplificar em volume e seu timbre rude, duro, e um pouco agudo do começo, é insensivelmente substituido pelo sopro que parece cavernoso.

A illusão se completa, quando apparecem os estertores da liquefação do exsudato.

A principio, pequenos, irregulares, adquirem ao mesmo tempo que o sôpro um volume superior ao precedente e participam dos estertores cavitarios pelo timbre particular que lhe communica o sôpro

cavernoso. A bronchophonia pode simular por sua vez a pectoroliquia.

Do sôpro cavernoso, dos estertores cavernosos, da pectoriliquia pode nascer facilmente o erro, si não se tem em vista o começo da affecção, sua extrema rapidez, a natureza da expectoração, o desapparecimento gradual do sôpro e dos estertores.

(Cassaët—precis d'auscultation).

Quando se encontra o sôpro e os estertores cavernosos na pneumonia lobar aguda, diz Faisans, ou trata-se de um fóco contiguo aos grossos bronchios na região do hilo, ou trata-se de uma pneumonia muito extensa em superficie e em profundeza, de uma hepatisação total do pulmão. Nas duas eventualidades pode-se admittir que os grossos bronchios são comprimidos e achatados sobre um ou muitos pontos e que apresentam desigualdades de calibre, sufficientes para agirem como cavidades morbidas e produzirem sôpro cavernoso.

3.º É UMA PNEUMONIA TUBERCULOSA? — UMA TUBERCULOSE AGUDA COM LESÕES MASSIÇAS, AFFECTANDO A FORMA PNEUMONICA, AFFECÇÃO DESCRIPTA SOB O NOME DE PNEUMONIA CASEOSA? — O estabelecimento dos signaes cavitarios na pneumonia tuberculosa apparece raramente antes da terceira ou quarta semana. As mais das vezes, a tuberculose aguda pneumonica apresenta-se ao observador com as apparencias de uma molestia primitiva; ás vezes, tambem, ha prodromos e a

molestia se estabelece insidiosamente. Os signaes funccionaes, no começo, são os da condensação pulmonar. O fóco pneumonico tuberculoso installa-se mais vezes á direita do que á esquerda; e contrariamente ao que se observa na tisica ulcerosa commum, a lesão é muito mais frequente na base do que no vertice.

O fóco pneumonico é massiço á percussão; as vibrações thoracicas ahi são augmentadas.

No começo da molestia, a auscultação faz ouvir estertores sub-crepitantes, logo depois uma ausencia completa do murmurio vesicular. Esta ausencia da respiração é o phenomeno estethoscopico percebido durante todo o tempo em que a materia caseosa obliterando não somente os alveolos pulmonares, mas ainda as ultimas ramificações bronchicas, fica no estado de endurecimento.

Mas quando a materia caseosa se amollece e as excavações se formam, então apparecem alguns estertores humidos, sub-crepitantes e cavernosos; e algumas vezes mesmo, si a caverna é espaçosa, sôpro amphorico.

Em alguns casos, as excavações são pequenas, o sôpro cavernoso se assemelha ao sôpro tubario, podendo ser tomado por este ultimo, de maneira a dar idéa de uma pneumonia franca.

Em outras circumstancias, percebe-se uma resonancia do ruido tracheal atravez da massa

endurecida que simula o sôpro cavernoso e poderia fazer suppor a existencia de uma excavação.

A ausencia persistente de estertores humidos afastará a hypothese de caverna. E' raro que se observe os symptomas cavitarios nas formas rapidas da pneumonia tuberculosa; porquanto o doente morre frequentemente na segunda semana, de granulia, antes que seu *bloc* caseoso tenha tido tempo de se amollecer.

E' na fórma lenta que assiste-se á fusão do fóco caseoso e ao estabelecimento dos signaes cavitarios. Ao mesmo tempo que apparecem os signaes physicos, os symptomas funccionaes e geraes aggravam-se pouco a pouco. Os escarros são logo muco-purulentos, nummulares. A temperatura apresenta grandes oscillações irregulares. Os suores, o emmagrecimento, o pulso rapido e muito fraco, a fraqueza geral, acompanham este periodo que termina por uma morte rapida ou pode transformar-se em tisica chronica.

4.º SIGNAES PSEUDO-CAVITARIOS NAS ADENOPATHIAS TRACHEO-BRONCHICAS. — Quasi sempre as phlegmasias dos bronchios e dos pulmões reflectem-se sobre os ganglios tracheo-bronchicos, nos quaes determinam uma inflammação mais ou menos intensa, mas que raramente chega á suppuração. Estudemos em que circumstancias esta adenopathia tracheo-bronchica pode dar origem a signaes pseudo-cavitarios. Os ganglios tracheo-bronchicos, quando estão inflam-

mados e hypertrophiados podem comprimir os orgãos contidos no mediastino.

A veia cava superior, os troncos brachio-cephalicos venosos, a grande veia azygos, as veias pulmonares, a aorta, a arteria pulmonar, o nervo pneumogastrico, os recurrentes, o nervo phrenico, o grande sympathico, os nervos intercostaes, o esophago, todos estes orgãos podem ser comprimidos pelos ganglios tracheo-bronchicos. Nós somente nos occuparemos da compressão da trachéa, dos bronchios e do pulmão.

Si a compressão exercida sobre a trachéa e os bronchios é ligeira, a auscultação faz ouvir um ronco tracheal ou bronchico notavel por sua fixidez; si ella é consideravel, produz o *cornage*, o enfraquecimento do murmurio vesicular.

Quando a compressão é a consequencia de uma massa solida ganglionar que envolve os bronchios, os ruidos bronchicos são reforçados e ouve-se um sôpro rude, limitado á região que vae da ponta da omoplata á columna vertebral.

Este sôpro inter-escapulo-vertebral tem uma grande importancia para o diagnostico.

Durante a inspiração, elle offerece algumas vezes o caracter do ruido de sucção; *é humé* (Gueneau de Mussy).

Pode ser muito fórte para simular um sôpro cavernoso ou mesmo amphorico. Finalmente os

estertores humidos podem ser muito reforçados para simularem estertores cavernosos.

Ha ainda uma outra circumstancia na qual os ganglios tracheo-bronchicos podem dar lugar a signaes pseudo-cavitarios.

Quando uma massa ganglionar, unida á parede da trachéa ou dos bronchios, suppura em consequecia de uma infecção secundaria ou primitiva, o conteúdo deste ganglion alterado póde abrir-se em um ou outro destes conductos.

Quando o ganglion se encontra assim vasio de seu conteúdo, constitue uma caverna. Tem-se então na região do hilo do pulmão em geral, sôpro cavernoso, estertores cavernosos e até mesmo pectoriloquia.

Esta suppuração dos ganglions tracheo-bronchicos é extremamente rara, e os signaes cavitarios não se estabelecem sinão depois do vomito da materia liquida ou caseosa do ganglion.

A região em que se ouvem os signaes pseudo-cavitarios devidos á adenopathia tracheo-bronchica è pois uma região sempre approximada da columna vertebral.

Si os signaes pseudo-cavitarios são ouvidos a uma grande distancia do rachis, quasi sempre seu maximo é muito perto da columna vertebral.

Finalmente, outros signaes physicos auxiliarão o diagnostico de adenopathia tracheo-bronchica.

Pela inspecção, se nota ás vezes uma deformação

da região, ha uma elevação da primeira parte do esterno e da extremidade interna da clavicula, principalmente do lado direito. A pressão nas regiões doentes revela uma sensação incommoda ou uma verdadeira dôr.

A percussão da um som massiço ao nivel do tumor.

Gueneau de Mussy, que estudou muito bem esta questão de adenopathias tracheo-bronchicas, precisou as *duas areas de matidez*, que se observa.

O som é diminuido anteriormente, na região esternal, ao nivel do manubrium, das duas primeiras articulações chondro-esternaes, da parte interna dos dous primeiros espaços intercostaes, das articulações esterno-claviculares e da parte interna das claviculas, *(area ganglionar anterior)*; é diminuido ás vezes posteriormente, na região escapulo-vertebral, ao nivel das tres primeiras vertebras-dorsaes e da setima vertebra cervical *(area ganglionar posterior)*.

5.º OS SIGNAES CAVITARIOS SÃO DEVIDOS A UM ABCESSO META-PNEUMONICO? — Os abcessos consecutivos á phlegmasia dos pulmões são extremamente raros; a pneumonia suppura muitas vezes (hepatisação cinzenta), mas o pus se colleciona raramente em abcesso.

Entretanto a pneumonia pode terminar algumas vezes pela ulceração de um *blóc* hepatisado. Produz-se neste caso, uma suppuração parcial do paren-

chyma pulmonar acompanhada de uma destruição limitada do tecido conjunctivo.

Forma-se então um abcesso cujo volume pode variar. Estes abcessos meta-pneumonicos formam-se ás vezes rapidamente, do quinto ao duodecimo dia, outras vezes mais tarde.

Os escarrhos tornam-se purulentos e a evolução clinica, o estado de saude anterior, a subtileza do começo, os signaes estethoscopicos do periodo de invasão pulmonar, são sufficientes ordinariamente para impedir todo erro e evitar o diagnostico de uma caverna tuberculosa.

A eliminação do sequestro pulmonar é mais rapida nos casos de abcesso meta-pneumonico do que nos casos de fusão caseosa tuberculosa. E' quando dá-se a vomica que os signaes estethoscopicos mudam e que se apresentam signaes cavitarios, sôpro cavernoso e estertores cavernosos. Em casos de abcessos meta-pneumonicos, ter-se-ha em vista os commemorativos da molestia e a vomica para fazer o diagnostico e a etiologia dos signaes cavitarios.

6º. E' UMA PLEURESIA INTER-LOBAR META-PNEUMONICA? — Laennec havia já notado que esta pleuresia interlobar era quasi sempre suppurada.

Antes dos trabalhos de Bayle e de Laennec, considerava-se esta pleuresia enkystada como um abcesso do pulmão. As causas da pleuresia interlobar são multiplas, diz o professor Dieulafoy, mas em primeiro lugar, é preciso citar a pleuresia meta-

pneumonica. Esta variedade de pleuresia inter-lobar é habitualmente insidiosa, quasi latente. Sobrevem no fim da pneumoaia ou depois de sua cura. Termina-se frequentemente por uma vomica que é em geral tardia, sobrevindo raramente antes do vigesimo dia e quasi nunca depois da sexta semana.

E' depois da vomica que a cavidade inter-lobar suppurada produz signaes cavitarios.

Quando forem encontrados estes signaes cavitarios, ter-se-há sempre para os diagnosticar e fazer a etiologia, os commemorativos da molestia e as vomicas que começam no dia em que a pleuresia inter-lobar abrio-se nos bronchios. O doente que não escarrava, expelle em abundancia escarros muco-purulentos, fetidos e ás vezes estriados de sangue, ou de vez uma onda de liquido purulento, uma verdadeira vomica.

7.º A pneumonia pode se complicar de *gangrena pulmonar* e apresentar igualmente depois da eliminação da parte mortificada, signaes cavitarios. Mas esta terminação por gangrena é muito rara. Ella pode se produzir quando os capillares de uma porção do pulmão obliterado por compressão ou por thrombose cessam de dar passagem ao sangue.

Dahi um fóco de necrobiose que, em um orgão como o pulmão, exposto a todas as causas de infecção de origem aerea, se transforma quasi fatalmente em gangrena.

O fóco de necrose é ordinariamente circumscripto e, si a morte do doente não interrompe a marcha do processo, as partes mortificadas são expellidas, abrindo-se o fóco em um bronchio.

Nos pontos em que existiam os signaes de um endurecimento circumscripto, apparecem phenomenos de amollecimento ou de excavação, estertores, mucosos com grossas bolhas, estertores cavernosos, gargarejos e pectoriloquia. O centro excavado é envolvido de uma zona de estertores sub-crepitantes que indicam a compressão e o edema das partes visinhas.

A expectoração fornece dados importantes ao diagnostico.

No começo, os escarros nada tem de especial; são mucosos, tintos de sangue, côr de ferrugem, ás vezes formados de sangue preto e não misturado.

Antes que o fóco se desaggregue, a expectoração cujo odôr nesta occasião é muitas vezes o das materias fecaes, será precedida da fetidez do halito para a qual o professor Dieulafoy chama a attenção.

A quantidade dos escarros varia entre 100 e 200 grammas por dia, podendo attingir 500 grammas. Finalmente as hemoptyses não são raras.

8.º Os SIGNAES PSEUDO-CAVITARIOS SÃO DEVIDOS AO QUE SE TEM CHAMADO PNEUMOTHORAX DOS PNEUMONICOS ?— A existencia do pneumothorax pneumonico repousa sobre a averiguação de um som tympanico na parte superior do peito acima da matidez pneumonica.

Graves e Stokes referem observações nas quaes descrevem este phenomeno; mas seus doentes curaram-se; falta pois a verificação anatomica.

Hudson, em quatro casos nos quaes observou os mesmos signaes, poude ver pela autopsia que não havia derramamento gazoso, mas somente uma pneumonia.

Vê-se perfeitamente segundo Skoda, que o tympanismo sub-clavicular não é fatalmente o indicio de um derramamento gazoso da parte superior da pleura, e que elle existe com outras lesões pulmonares e pleuraes.

Galliard, em sua obra sobre o pneumothorax, admitte duas formas clinicas bem distinctas de pneumothorax complicando a pneumonia; uma *benigna*, com ou sem liquido, curavel, correspondendo á ruptura de vesiculas emphysematosas (emphyseme vicariant); a outra, *maligna* com derramamento de liquido (purulento habitualmente) correspondendo á ruptura dos abcessos ou dos fócos de gangrena.

Estas duas variedades de pneumothorax se acompanham de signaes cavitarios, e as cavernas pulmonares muito espaçosas que fornecem a sonoridade exaggerada do sôpro amphorico, do tinido metallico, e mesmo ás vezes do ruido de sucção, causam frequentemente grandes embaraços ao medico, por quanto é necessario não contar nem com o ruido de *pote rachado*, nem com o gargarejo, nem com a pectoriloquia, symptomas dos quaes se

conhece o valor para o diagnostico das cavernas de dimensões medias.

Estas ultimas poderiam fazer crer em pneumothorax parciaes. Mas as cavernas immensas, aquellas que são feitas á custa da quasi totalidade do parenchyma pulmonar, simulam admiravelmente o pneumothorax. Entretanto, em geral ellas não fornecem um tympanismo sob-clavicular tão claro como o pneumothorax, o ruido de sucção raramente lhe pertence, o ruido de bronze habitualmente lhe é extranho; finalmente residindo á esquerda, as cavernas não recalcam o coração; residindo á direita, não recalcam o figado (S. See).

Para chegar-se a um diagnostico preciso, deverá ser lembrado que nas cavernas, os phenomenos amphoricos desenvolvem-se lentamente e não de um modo brusco, que o peito é mais frequentemente abatido do que dilatado, as vibrações thoracicas são conservadas ou exageradas, os grossos estertores e os gargarejos mais fortes e mais facilmente provocados pela tosse, a sonoridade thoracica augmenta ou diminue conforme o doente abre ou fecha a bocca, ou faz um movimento de inspiração ou de expiração. Além disto, diz o professor Jaccoud, nas cavernas com phenomenos amphoricos, coincidem frequentemente os signaes de um amollecimento tuberculoso em outras partes do pulmão ou no pulmão opposto.

A's vezes, quando o pneumothorax complica as pneumonias, seu diagnostico torna-se difficil. Laennec,

em seu tractado de auscultação mediata diz, fallando do pneumothorax: « O verdadeiro signal desta affecção é encontrado na comparação dos resultados obtidos pela auscultação mediata e pela percussão. Quando em um homem em que o peito resôa melhor de um lado que do outro, ouve-se bem a respiração do lado menos sonoro, emquanto que do outro não se ouve, pode-se estar seguro que elle está affectado de pueumothorax neste ultimo lado.

CAPITULO IV

Diagnostico das pneumonias com signaes pseudo-cavitarios

Vimos que em certas pneumonias grippaes, — as grippes com forma pseudo-phymica — como diz o professor Teisser, de Lyon, os signaes pseudo-cavitarios e as fórmas não francas da molestia, a convalescença lenta, os suores persistentes, a asthenia post-grippal podiam fazer crer em uma tuberculose. Estudemos os symptomas e os signaes sobre os quaes podemos nos basear geralmente para não haver engano no diagnostico de uma caverna tuberculosa quando trata-se apenas de uma pneumonia grippal com signaes pseudo-cavitarios. Para auxiliar o diagnostico ás vezes muito delicado, recorreremos aos commemorativos, á marcha da molestia, e aos symptomas concomitantes.

1.° COMMEMORATIVOS. — A caverna forma-se lentamente, mesmo nos casos de tisica de forma caseosa com marcha rapida; nos casos de broncho-pneumonias tuberculosas sub-agudas nas quaes o processo

percorre com extrema rapidez os periodos que o conduzem á ulceração e á excavação pulmonares, na tisica ulcerosa que *destroe* os periodos, segundo a expressão dos professores Grancher e Hutinel; os signaes cavitarios apparecem raramente antes do primeiro mez. A broncho-pneumonia tuberculosa sub-aguda começa muitas vezes como uma broncho-pneumonia simples; entretanto, algumas modificações symptomaticas chamam quasi sempre a attenção do medico: a tosse é muito intensa; a febre, em geral alta, offerece oscillações notaveis; os suores são extremamente abundantes; de mais, a molestia não se resolve se prolonga, e no fim de 15 ou de 20 dias, os signaes do amollecimento e da formação cavitaria apparecem.

Na pneumonia grippal tudo se passa de outro modo. A pneumonia, em dous ou trez dias, estabelece-se completa e geralmente, o aspecto do doente, os symptomas funccionaes e os signaes physicos permittem firmar-se o diagnostico.

Os signaes pseudo-cavitarios da pneumonia sobrevêm apressadamente e se revelam ao exame ao mesmo tempo que a phlegmasia está em evolução, podem apparecer do 3°. ao 9°. dia e é de um dia para outro que se os encontra formados, e com sua symptomatologia completa desde o começo.

2°. MARCHA E EVOLUÇÃO DOS SIGNAES CAVITARIOS E DOS SIGNAES PSEUDO-CAVITARIOS. — Os signaes cavitarios verdadeiros são estaveis, fixos; uma vez formados,

vão augmentando á proporção que as lesões augmentam.

Quando desapparecem, nos casos infelizmente muito raros em que um processo fibroso vem obstruir a caverna, seu desapparecimento é lento, muito lento.

Antes de ouvir-se os signaes cavitarios verdadeiros, assiste-se, quasi, a sua formação; e pode-se perceber desde seu começo o estertor sub-crepitante secco, o crepito, o *estertor tuberculoso*, como o chamam certos auctores, até o momento em que a molestia tendo progredido, estabelece o estertor humido para terminar pelo estertor cavernoso. O sôpro cavernoso ou amphorico, o gargarejo e a pectoriloquia são precedidos da rudeza da inspiração com expiração prolongada; do enfraquecimento do murmurio vesicular e do tinido da vóz.

Os signaes *pseudo-cavitarios* apresentam-se, como dissemos, rapidamente; são moveis, mudam de região e desapparecem ordinariamente no fim de alguns dias.

Assiste-se ás vezes á mutação singular dos phenomenos claramente verificados em um dia desapparecerem no dia seguinte, para mostrarem-se em uma outra parte do peito, muitas vezes na região a mais afastada do outro pulmão.

Entretanto, em certas pneumonias grippaes em que a convalescença é lenta, o sôpro cavernoso

póde persistir durante algumas semanas e mesmo mezes.

Nestes casos, o diagnostico será feito sobretudo pelo conjuncto dos signaes funccionaes e dos symptomas concomitantes.

3.º SYMPTOMAS CONCOMITANTES. — Em um tuberculoso chegado ao periodo das cavernas, os signaes physicos acompanham-se em geral de uma aggravação dos symptomas funccionaes e geraes.

A tosse torna-se cada vez mais intensa, cruel mesmo: é necessario que elle expilla os productos abundantes da secreção purulenta das cavernas e dos bronchios.

A dyspnéa torna-se habitualmente intensa no periodo cavitario, o campo da hematose torna-se muito reduzido, não somente pelas lesões tuberculosas mas ainda pelas alterações que as acompanham.

No periodo cavitario, os escarros podem guardar os caracteres que apresentam na phase de amollecimento e ficar muco-purulentos ou purulentos e nummulares; algumas vezes tomam uma côr cinzenta e suja que faz lembrar o aspecto da materia pulposa contida nas cavernas; têm um cheiro *sui generis*.

Alguns tisicos, chegados ao periodo cavitario, podem não aprezentar febre; é que a tuberculose soffreu uma parada, não têm progredido, ou se o faz é lentamente.

Mas na maioria dos casos, a febre se estabelece, ou exagera-se se já existia; e é muitas vezes como nos periodos precedentes, intermittente com accessos quotidianos, vesperal ou intermittente com typo duplo quotidiano. Pode ser remittente com uma quéda matinal que nunca attinge o gráo thermometrico normal, mas que é muitas vezes sensivel para que haja uma differença de um gráu e meio a dous entre a temperatura da manhã e a da tarde.

Em uma e outra variedade, intermittente e remittente, o maximo thermico é geralmente elevado e attinge 40°. Pode haver um frio ou alguns frios no começo da ascenção vesperal e o fim do paroxismo acompanha-se de suores abundantes. E' a *febre hectica* dos antigos auctores, a *febre de resolução* do professor Jaccoud.

Finalmente emquanto que os signaes cavitarios denunciam-se cada vez mais o doente entra no periodo de consumpção tuberculosa, periodo em que o triste quadro é muito conhecido e que deixamos de descrever. O martyrio dos infelizes tisicos póde ser abreviado por uma tuberculose miliar aguda, uma embolia pulmonar consecutiva á phlebite e principalmente pelas hemoptyses devidas á ruptura dos aneurismas de Rasmussen.

Outro é o cortejo que acompanha os signaes pseudo-cavitarios das pneumonias grippaes. Se a convalescença destas pneumonias é muitas vezes lenta, se ha suores abundantes nocturnos, se a tosse

custa a desapparecer, se existe uma asthenia profunda post-grippal, bem assignalada pelo professor Potain, se ha emmagrecimento consideravel e até mesmo uma atrophia dos musculos da espadua, nunca estes doentes portadores de signaes pseudo-cavitarios tem o aspecto cachetico dos tisicos. A febre é geralmente rara na convalescença da pneumonia grippal; pode haver mesmo hypothermia.

A hypothermia com cavernas tuberculosas activas é extraordinariamente rara. A expectoração cessa rapidamente na pneumonia, não encontrando-se os bacillos de Kock nos escarros. Finalmente, o começo da affecção, sua marcha, a febre pneumonica, a febre grippal que acompanham o apparecimento dos signaes pseudo-cavitarios a noção de uma epidemia de grippe ou mesmo de alguns casos esporadicos permittem fazer o diagnostico da pneumonia grippal com signaes pseudo-cavitarios.

PROPOSIÇÕES

Historia Natural Medica

I. A quina pertence á familia das rubiaceas e ao genero cinchona.

II. São tres as variedades de quina: amarella, cinzenta e vermelha.

III. A quinina, seu principio activo, é considerada com o especifico da grippe.

Chimica Medica

I. A glycerina é um alcool triatomico.

II. Ella resulta do desdobramento dos corpos gordurosos.

III. Uma certa quantidade de glycerina se fórma no intestino delgado.

Materia medica-pharmacologia e arte de formular

I. As pilulas são administradas em doses taes que sejam relativas á quantidade de substancias que ellas contêm.

II. O peso maximo de uma pilula deve ser de tres decigrammas.

III. Ellas constituem um bom meio de administrar os medicamentos.

Anatomia descriptiva

I. Os pulmões, orgãos essenciaes da respiração, são corpos esponjosos, eminentemente elasticos.

II. São em numero de dous: um direito, outro esquerdo.

III. O volume dos pulmões, varia de accordo com o individuo, o sexo, a idade e o momento da respiração.

Anatomia medico-cirurgica

I. A pleura é uma membrana serosa que forra a face interna da parede thoracica e a superficie externa do pulmão.

II. A pleura parietal pode subdividir-se em tres porções:

III. Porção costal; diaphragmatica e porção mediastina.

Histologia

I. O pulmão recebe sangue de duas fontes differentes: das arterias bronchicas e da arteria pulmonar.

II. A circulação de retorno faz-se pelas veias bronchicas e pelas veias pulmonares.

III. A rède capillar dos alveolos é uma das mais ricas da economia.

Physiologia

I. O cerebro, como todos os orgãos, experimenta no momento da systole cardiaca, por causa do affluxo do sangue, um augmento de volume, é o pulso total.

II. Pode-se observar oscillações sobre as fontanellas dos recem-nascidos.

III. Ainda se observa nos individuos tendo soffrido um ~~tratamento~~ traumatismo do craneo.

Anatomia e physiologia pathologicas

I. A pneumonia caseosa invade habitualmente um só pulmão, o direito de preferencia, e se estende a um grupo de lobulos, ou a um lobo somente.

II. Assesta-se mais vezes na base do que no vertice.

III. O pulmão torna-se entumecido, impermeavel ao ar, mais denso que a agua e de consistencia solida.

Bactereologia

I. O germen responsavel pela grippe ou influenza é o bacillo de Pfeifer.

II. Cora-se pelo reactivo de Ziehl, pelas cores basicas da anilina e descora-se pelo reactivo de Gram.

III. Pode associar-se a outros germens, determinando infecções concomitantes ou secundarias.

Obstetricia

I. As metrorrhagias dividem-se em duas categorias:

II. Umas têm por causa alterações locaes da mucosa uterina.

III. Outras estão em relação com perturbações da circulação.

Pathologia cirurgica

I. Uma aneurisma arterial é uma bolsa de sangue liquido ou parcialmente coagulado, em communicação com a arteria que lhe dá origem.

II. A permanencia parcial ou total da circulação nesta bolsa é a condição caracteristica do aneurisma em actividade ou em progresso.

III. Dividem-se em duas variedades: aneurismas diffusos e circumscriptos.

Pathologia medica

I. A grippe é uma affecção epidemica e infecto-contagiosa.

II. A pneumonia é uma das mais frequentes complicações da grippe.

III. A gangrena pulmonar é a mais grave das complicações.

Operações e apparelhos

I. A operação de Estlœnder consiste na resecção de uma ou mais costellas sob o periosteo.

II. Divide-se em trez tempos: incisão; resecção costal; drenagem e sutura.

III. E' indicada nos casos de empyema etc.

Therapeutica

I. A adrenalina é uma substancia branca, crystallina, combinando-se com os acidos para formar saes.

II. E' o mais poderoso de todos os vasoconstrictores conhecidos.

III. A preparação mais empregada é o chlorhydrato de adrenalina em solução ao millesimo.

Hygiene

I. O electrozona é o melhor desinfectante conhecido.

II. A sua acção é de um potencial enorme.

III. E' preciso diluil-o no ether ou n'agua para regularisar a sua acção.

Medicina legal e Toxicologica

I. O alcoolismo exerce physica e moralmente uma acção degenerativa sobre a descendencia do alcoolata.

II. O alcoolismo é, sob o ponto de vista social, um dos principaes dissolventes do casamento.

III. Sob a influencia do alcoolismo, o numero dos casos de alienação mental augmentam, a criminalidade se estende e os suicidios tornam-se mais frequentes.

Clinica propedeutica

I. A respiração cavernosa é uma variedade de respiração bronchica.

II. O estertor cavernoso acompanha ordinariamente a respiração cavernosa.

III. E' um estertor humido, com bolhas grossas, numerosas e desiguaes.

Clinica cirurgica (1.ª cadeira)

I. Na pleuresia purulenta interlobar a intervenção cirurgica se impõe.

II. Faz-se a resecção costal sub-periostea, incisa-se a pleura, o pulmão e abre-se a cavidade interlobar que se drena.

III. Esta operação é conhecida sob o nome de pneumotomia.

Clinica cirurgica (2.ª cadeira)

I. Pelos meios cirurgicos pode-se hoje fixar o tratamento do empyema.

II. A intervenção cirurgica indicada, a *pleurotomia rigorosamente antiseptica* é o methodo preferido.

III. Quando o empyema termina pela formação de uma cavidade pleural, de uma fistula, a resecção costal sub-periostea se impõe.

Clinica medica (1.ª cadeira)

I. Geralmente poder-se-ha diagnosticar os signaes pseudo-cavitarios das pneumonias grippaes, lembrando-se que as cavernas tuberculosas se formam lentamente emquanto que os signaes pseudo-cavitarios se estabelecem rapidamente.

II. Os signaes pseudo-cavitarios são acompanhados de uma temperatura irregular frequentemente de hypothermia.

III. Os signaes cavitarios verdadeiros se acompanham quasi sempre de hyperthermia.

Clinica medica (2.ª cadeira)

I. Em certas pneumonias grippaes, podem se produzir signaes pseudo-cavitarios.

II. Estes signaes pseudo-cavitarios podem algumas vezes fazer pensar em cavernas tuberculosas.

III. Os signaes cavitarios verdadeiros são estaveis, fixos, os pseudo-cavitarios, ao contrario são moveis, mudam de região e desapparecem depois de alguns dias.

Clinica obstetrica e gynecologica

I. A eclampsia é um dos accidentes mais serios que se podem apresentar nas parturientes.

II. Varias theorias procuram explicar esta affecção.

III. As inhalações combinadas de ether e chloroformio produzem o melhor resultado quando os attaques eclampticos se manifestam.

Clinica pediatrica

I. A broncho-pneumonia é uma das affecções mais frequentes e mais mortiferas da infancia.

II. E' quasi sempre devida a uma infecção dos pequenos bronchios.

III. Pode ainda ser produzida na infancia pela penetração de corpos extranhos nos bronchios.

Clinica ophtalmologica

I. O edema das palpebras é muito frequente na convalescença da grippe.

II. Em alguns casos elle complica-se de inflammação da glandula lacrymal.

III. Tem-se verificado o desenvolvimento do glaucoma em consequencia da grippe.

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I. A blenorrhagia é uma molestia infecciosa.

II. Não é classificada como sendo de origem syphilitica.

III. Seu tratamento deve ser precoce.

Clinica psychiatrica e de molestias nervosas

I. A hysteria é uma das nevroses mais communmente observadas.

II. As suas manifestações são multiplas e variadas.

III. Em geral é mais commum nas mulheres do que nos homens.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 10 de Outubro de 1903.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.